

ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΕΚΑΒ

Παράρτημα : **Ε.Κ.Α.Β ΠΑΤΡΑΣ**

Ημερομηνία **16-9-2013**

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΤΟΛΗΣ/ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ | ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ | ΤΕΛΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ | ΠΙΘΑΝΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΕ ΕΥΡΩ | ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟ FAX e-mail |
|------------------------------------|--|---|-----------------------------|---|
| A.E. 504 | <p>-ΒΙΒΛΙΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ, ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΟ, ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ 50 ΦΥΛΛΩΝ (ΑΝΑ ΧΡΩΜΑ)</p> <p>ΤΕΜΑΧΙΑ 5000</p> <p>ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΠΟΥ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ</p> <p>ΟΙ ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΙΣΧΥΟΥΝ ΓΙΑ 4 ΜΗΝΕΣ</p> | 20-9-2013 | 12300,00€ (ΜΕ ΦΠΑ 23%) | ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ: ΚΟΥΛΕΤΟΣ ΧΑΡΑΛ. ΤΗΛ.:2610635911 FAX: 2610635938 e-mail : patra@ekab.gr |



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΑΣΠΡΟ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΡΟΖ: ΑΡΧΕΙΟ
ΚΙΤΡΙΝΟ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____ ΒΑΡΔΙΑ _____ ΤΟΜΕΑΣ _____ ΑΡ. ΚΥΚΛΟΦ. _____

ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ : αρχή βάρδιας _____ τέλος βάρδιας _____ Λίτρα βενζίνης _____

Α.Μ. ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ: 1) _____

2) _____

ΩΡΕΣ ΣΗΜΑΤΟΣ

Ωρα λήψης σήματος : _____

" άφιξης επί τόπου : _____

" παραλαβής ασθενούς : _____

" άφιξης στο νοσοκομείο : _____

" τέλους : _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Όνοματεπώνυμο : _____

Διεύθ. παραλαβής : _____

Αιτία διακομιδής : _____

Νοσοκομείο παράδοσης : _____

: _____

ΑΡΝΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

Όνοματεπώνυμο : _____ Αρ. ταυτότητας : _____

Συγγεν. σχέση : _____ Υπογραφή : _____

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

Καρέκλα Φορείο Scoop Σανίδα ακινητοποίησης Φορείο Θέση ασφαλείας

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αναπνοή ΝΑΙ ΟΧΙ

Απώλεια συνείδ. ΝΑΙ ΟΧΙ

Τραύμα ΝΑΙ ΟΧΙ

Κάταγμα ΝΑΙ ΟΧΙ

Χορήγ. οξυγόν ΝΑΙ ΟΧΙ

Χρ. αυτόμ. απινιδ. ΝΑΙ ΟΧΙ

Αιμορραγία ΝΑΙ ΟΧΙ

Ακινήτ. ΑΜΣΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

Κορεσμός %

Διατ. αεραγωγού ΝΑΙ ΟΧΙ

Αιμόσταση ΝΑΙ ΟΧΙ

" ΟΜΣΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

Αρτηρ. πίεση

Χρήση ambu ΝΑΙ ΟΧΙ

Διατ. θερμ. σώμ. ΝΑΙ ΟΧΙ

Άνω άκρο ΝΑΙ ΟΧΙ

Σφύξεις

Αναρρόφηση ΝΑΙ ΟΧΙ

Κάτω άκρο ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

(που παραδόθηκαν στο νοσοκομείο)

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Γιά την παραλαβή
από το Νοσοκομείο

το πλήρωμα

Γιά την παράδοση

1.

2.